ITEM 285 : PATHOLOGIE HEMORROÏDAIRE

- Hémorroïde = structure anatomique normalement présente chez l'individu sain, composé de **lacs veineux**, de **petites artérioles sous-muqueuses** et d'un **intense réseau anastomotique**, organisé en **plexus hémorroïdaire interne** (au-dessus de la ligne pectinée) et en **plexus hémorroïdaire externe** (sous-cutané, dans les plis radiés de l'anus)
- Maladie hémorroïdaire : affection la plus fréquente en proctologie, touche au moins 1 fois 1/3 de la population
- **FdR** : grossesse (troisième trimestre, accouchement et post-partum immédiat), troubles du transit intestinal (dyschésie ++)

Diagnostic	SF	DOULEUR	**Gêne**	- **Prurit, tiraillement** et/ou **brûlure anale**
			Crise hémorroïdaire	= Parfois consécutive à une diarrhée/constipation ou un excès d'alcool ou d'épices - **Sensation de chaleur** ou de **pesanteur périnéale**, ↗ au passage de selles ou à l'exercice - Crises durant habituellement **2 à 4 jours** - Examen endoscopique : **aspect congestif, oedémateux** ± **semis de micro-thrombose**
			Thrombose	= Généralement **hémorroïdaire externe** (plis radiés), parfois **internes** (tuméfaction plus importante, « accouchée » par l'anus) - **Douleurs plus intenses**, de survenue brutale, parfois déclenchées par un exercice physique (cyclisme), une contrainte mécanique, un traumatisme (dont l'accouchement) - **Tuméfaction bleutée, douloureuse**, siégeant dans les **plis radiés de l'anus**, accompagnée d'une **réaction oedémateuse et inflammatoire** - Crise lentement régressive en **5 à 15 jours**, avec parfois une cicatrice = **marisque** - TTT (si immédiat) : **simple incision** ou **excision** de la zone thrombosée
		Hémorragie		- Emission de **sang rouge** rutilant au décours immédiat d'un épisode défécatoire - Habituellement non mélangé aux matières
		Procidence		= Laxité du tissu conjonctif sous-muqueux des hémorroïdes internes : procidence des hémorroïdes internes **lors de la défécation**, voire **permanente** - **Gêne mécanique, suintement, brûlures anales**
		A un stade tardif		- **Douleur quotidienne** - **Saignements** parfois abondants, possiblement responsables d'une **anémie ferriprive** - **Suintement muco-glaireux** tâchant les vêtements**, prurit anal**
	SC	Examen péri-anal		- Tuméfactions douloureuses et bleutées : **thrombose hémorroïdaire externe** - Procidence spontanée ou intermittente des plexus hémorroïdaires internes à la poussée
		Examen endo-canalaire		= **TR** puis **exploration anuscopique** : coussinets vasculaires (plexus hémorroïdaire interne dans la partie haute du canal anal), œdème/inflammation, **degré de procidence des hémorroïdes internes** : - **Grade 1** : sans procidence à l'anuscope - **Grade 2** : procidence à l'anuscope - **Grade 3** : procidence extériorisée en poussée réductible manuellement - **Grade 4** : procidence extériorisée irréductible
		→ Anuscopie et toucher rectal non indispensable en urgence si diagnostic évident et douleur intense		
DD	- En cas de saignements isolés : rechercher une autre cause de saignement (cancer colorectal ++) → **coloscopie** - En cas de douleurs isolés : évoquer fissure anale, thrombose hémorroïdaire, abcès, fécalome, herpès, proctalgie fugace			
Arsenal thérapeutique	**RHD**			- **Prévention de la constipation** : ↗ de la ration quotidienne de fibre alimentaire ± **laxatif** (**mucilage**) → Diminue les saignements et la fréquence des crises hémorroïdaires chez 40% des patients
	Veinotonique			= **Diosmine micronisée** : à forte dose (2-3 g) en cure courte lors des crises (non justifiée au long cours et uniquement pour les hémorroïdes internes)
	Topiques			= **Dérivé corticoïdes**, **excipient lubrifiant** ou **protecteur mécanique** : en cure courte lors des crises mais aucune preuve scientifique
	Traitement endoscopique			= **Injection sclérosante, ligature élastique, photo-coagulation infrarouge, cryothérapie** ou **électrocoagulation bipolaire** : en ambulatoire, sans anesthésie, bien tolérée, efficacité à court terme - Indication : procidence et/ou saignements réguliers avec hémorroïdes internes de taille moyenne - Complication (10-15%) : douleur importante, fièvre, rétention urinaire, saignement

	Traitement chirurgical	= **Excision** et/ou **résection pédiculaire du tissu vasculaire et de soutien du plexus hémorroïdaire** - Indication : échec de traitement endoscopique ou procidence permanente - Technique : **hémorroïdectomie pédiculaire** (référence = Milligan-Morgan), **anopexie**, **ligature sous contrôle Doppler** - Complication : - Saignement abondant, fièvre, douleur intense, rétention urinaire, constipation - A long terme : trouble de discrimination des gaz, impériosité, prurit

TTT	→ Aucun risque de dégénérescence ou complication vitale : ne pas traiter si asymptomatique - TTT de crise (en cures courtes) : **antalgique** (**AINS** très efficace), **veinotonique**, **laxatif, topiques** - TTT de fond : **endoscopique** ou **chirurgicale** selon le cas			
	Stratégie thérapeutique	Dans tous les cas		- **Régularisation du transit +++**
		Thrombose		- Traitement médical +++ : **AINS, antalgique, veinotonique, topique, pendant 5 jours** - Alternative : **excision ou incision** si thrombose hémorroïdaire externe isolée, douloureuse et non oedémateuse - **Hémorroïdectomie chirurgicale** si échec ou poly-thrombose hyperalgique
		Saignement		- Traitement médical : **veinotonique** - **Traitement instrumental** si saignements réguliers
		Procidence	Grade 1 ou 2	- **Traitement instrumental** : **photo-coagulation infrarouge** à privilégier (risques moindres), **injections sclérosantes**, **ligature élastique** - **Traitement chirurgical** si échec
			Grade 3 localisé	- **Traitement instrumental** : **ligature élastique** - **Traitement chirurgical** si échec
			Grade 3 circulaire ou grade 4	- **Traitement chirurgical** d'emblée : **hémorroïdectomie pédiculaire** (seul possible si grade 4), **hémorroïdopexie** (moins douloureuse, suites courtes) ou **ligature sous contrôle Doppler** - **Ligature élastique** si contre-indication chirurgicale

DOULEUR ANALE AIGUË	Etiologie	Douleur	Rythme	Durée	Signes associés
	Crise hémorroïdaire	Cuisson	Per- et post-défécation	24 à 72h	Œdème, procidence, saignement
	Fissure anale	Brûlure	Per- et post-défécation Durable	Périodes de plusieurs semaines	Fissure postérieure Saignement
	Thrombose hémorroïdaire	Douleur intense, exquise	Non rythmée par les selles	Quelques heures à quelques jours	Tuméfaction anale douloureuse bien limitée
	Abcès	Tension et douleur pongitive (pointe)	Positionnelle, de contact	Récente et continue	Tuméfaction péri-anale mal limitée Dysurie
	Fécalome	Epreintes, douleurs expulsives	Pré- et per-défécatoire ou permanente	Plusieurs jours	Suintement Incontinence
	Herpès	Brûlure intense	Péri-anale en quadrant	Quelques jours	Dysurie, hyperesthésie régionale, lésions ulcérées et érosives péri-anales
	Proctalgie fugace	Crampe intense	Début brutal sans facteur déclenchant	Peu durable (qq min) parfois nocturne	Aucun
	→ **Fissure anale atypique** = non postérieure, indolore, chronique : évoquer une **maladie de Crohn**, une **cause tumorale** (**carcinome épidermoïde de l'anus**) ou une **cause infectieuse**				